



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18284 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ РОЗКРИТТЯ КЛИНЧАСТОЇ ПАЗУХИ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ І ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ

1

2

(21) u200602959

(22) 20.03.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Клімов Захар Тимофійович, Боєнко Сергій  
Константинович, Талалаєнко Ірина Олександрівна,  
Качанова Олена Борисівна(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІ-  
РУРГІЇ ІМ.В.К.ГУСАКА АМН УКРАЇНИ(57) Спосіб розкриття клинчастої пазухи при злоя-  
кісних та доброякісних пухлинах, що включає під-  
хід до клинчастої пазухи по Галле, який **відрізня-**  
**ється** тим, що виконують повне видалення  
передньої та нижньої стінок клинчастої пазухи.

Корисна модель відноситься до медицини, а точніше до отоларингологічних способів лікування доброякісних і злоякісних пухлин клинчастої пазухи. Поразка клинчастої пазухи пухлинним процесом зустрічається дуже рідко. Пухлинні процеси в клинчастій пазусі не діагностуються на ранніх стадіях захворювання (T1N0, M0) через відсутність специфічних клінічних проявів і схожості з гнійним синуситом, в результаті чого, пухлинний процес, виявляється, коли пухлина виходить далеко за межі окремо взятої пазухи (T2-3-4, N0, M0).

Первинні пухлинні процеси в клинчастій пазусі зустрічаються рідко, за даними авторів вони складають 1,4% від пухлин навколоносових пазух. Найчастіше зустрічається проростання пухлини з верхньощелепної пазухи, клітин ґратчастого лабіринту, з носоглотки, турецького сідла, а також носової перетинки.

Існує ряд способів підходу до клинчастої пазухи: Галле, Гаєка [1]. Як прототип, узятий спосіб Галле, який полягає у тому, що видаляють задні клітини ґратчастої кістки, хрестоподібне розтинають слизисту оболонку на передній поверхні клинчастої кістки. Розкривають клинчасту пазуху через передню стінку. По закінченню операції клапті слизової оболонки ввертають у середину пазухи [2].

Недоліками даного способу розкриття клинчастої пазухи при доброякісних і злоякісних пухлинах є те, що невеликий отвір в передній стінці не дозволяє, достатньою мірою, здійснити огляд пазухи. У свою чергу, не виконується повноцінна ревізія стінок клинчастої пазухи. Даний спосіб не дає можливості для одночасного проведення ендоскопічних та інструментальних маніпуляцій у пазусі. Вузькість доступу і, не видалена верхня частина передньої стінки клинчастої пазухи утрудняє візу-

алізацію бічної і селярної поверхні та проекцію сонної артерії і зорового нерва.

У основу способу, що заявляється, поставлена задача тотального видалення пухлини клинчастої пазухи, шляхом повної резекції передньої і нижньої стінок.

Поставлена задача вирішується тим, що для створення розширеного доступу до клинчастої пазухи спочатку виконується резекція носової перетинки. Чотирикутний хрящ зміщується контрлатерально, що збільшує об'єм загального носового ходу. Здійснюється люксація нижніх та середніх носових раковин. Трансназальним шляхом, під контролем ендоскопа досягають клинчато-ґратчастого поглиблення. Знаходять природне співустя, розширюють переважно у медіально-каудальному напрямку, тим самим, видаляють передню стінку, а потім вилучають верхній край хоани і нижню стінку клинчастої пазухи.

Видаливши передню стінку клинчастої пазухи, тим самим досягають найкращого огляду синусу, а, вилучив і нижню стінку досягають широкого куту огляду, як з порожнини носу, так і через носоглотку. З'являється можливість для тотального видалення пухлинної тканини з дотриманням принципів абластики і повноцінної, доскональної ревізії стінок клинчастої пазухи, а також можна вільно проводити ендоскопічні і хірургічні втручання під контролем зору. Видалення верхніх відділів передньої стінки клинчастої пазухи дозволяє чітко візуалізувати анатомічні особливості підвалини черепа, а при необхідності - зробити задню ретроградну етмоїдотомію.

Приклад способу, що заявляється.

Хворий Д. звернувся у клініку ЛОР-хвороб зі скаргами на головний біль без певної локалізації,

(13) U  
18284  
(11)  
(19) UA

гнійні виділення з неприємним запахом з правої половини носу, утруднення носового дихання, кров'янисте виділення, зниження зору. Вважає себе хворим близько 2х місяців, лікувався амбулаторне (промивання носа методом переміщення рідини, судинозвужувальні краплі в ніс, антибактеріальна, десенсибілізуюча, протизапальна терапія), проведене консервативне лікування ефекту не дало. Останнє загострення близько 10 діб. Стан хворого погіршав, посилювався головний біль. Хворий госпіталізований в ЛОР клініку.

Результати обстеження, зроблені в ЛОР-клініці: при ендоскопічному огляді - в правій половині носа визначається утворення сірого кольору, з горбистою поверхнею, що при доторканні кровоточить. У загальному носовому ході гнійні виділення. На серії спіральних комп'ютерних томограм приносних пазух в аксіальній і коронарній проекціях визначається утворення, що виконує клинчасту пазуху, руйнуючи її передню стінку. Виконана біопсія утворення лівої половини носа, відповідь ПГТІ: аденокарцинома. Клінічний діагноз: аденокарцинома клинчастої пазухи.

Найбільш ефективним способом лікування в даному випадку є радикальне видалення пухлини клинчастої пазухи з подальшою променевою і поліхіміотерапією. Для проведення цієї операції необхідно виконати адекватний доступ до анатомічних утворень клинчастої пазухи. Хворому Д. під ендотрахеальним наркозом спочатку виконали резекцію носової перетинки. Чотирикутний хрящ змістили контрлатерально, що збільшило об'єм загального носового ходу. Виконали люксацію нижніх і середніх носових раковин. Трансназальним доступом за допомогою ендоскопа досягли клинчасто-гратчастого поглиблення. Знайдене природ-

не співустя, розширили переважно у медіально-каудальному напрямку, тим самим видаливши передню стінку, потім вилучили верхній край хоани і нижню стінку клинчастої пазухи. Пухлинна тканина повністю видалена з клинчастої пазухи. Гемостаз. Передня тампонада. Праща. На цьому операція закінчена. На другу добу тампони з порожнини носа видалені. Проведена антибактеріальна, протизапальна терапія. На 10 добу хворого виписаний з клініки для проходження променевої і поліхіміотерапії. Скарг не пред'являє. При ендоскопічному огляді слизова оболонка набрякла, невелика кількість геморагічних кірок. Післяопераційна порожнина достатньо оглядна, епідермізується.

Хворий знаходиться під спостереженням протягом 2 років. Після проведення променевої і поліхіміотерапії на серії спіральних комп'ютерних томограм приносних пазух післяопераційна порожнина об'єднує клинчасту пазуху з порожниною носоглотки. При ендоскопічному огляді помірна набряклість слизової, післяопераційна порожнина достатньо оглядна, патологічних утворень не виявлено. Порожнина епідермізована. Через 1 рік: скарг не пред'являє, при ендоскопічному огляді післяопераційна порожнина достатньо оглядна, патологічних утворень немає. На серії спіральних комп'ютерних томограм приносних пазух візуалізується післяопераційна порожнина, вогнищ патологічної щільності не виявлено. Рецидиву не відзначалося.

#### Література:

1. Шевригін Б.В., Сінуїт у дітей та дорослих. - М.: МЕДИЦИНА, 1998.-192с.
2. Шевригін Б.В., Сінуїт у дітей та дорослих. - М.: МЕДИЦИНА, 1998.-192с.